

長岡京市長 様

医療機関
所在地
名称
代表者
電話番号



下記のとおり不育治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名		生年月日	年 月 日
配偶者氏名		生年月日	年 月 日
病名		治療開始年月日	年 月 日
今回の診療期間及び治療等の状況	年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担額	円
本人負担等の内訳	保険診療分		保険診療外
	区分	診療点数	負担金額
	年 月分	点	円
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	年 月分		
	検査の内容(保険適用のみ)	保険診療分の内容 検査 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他() 治療 <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> その他()	
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認[薬局の場合は、記載不要です。]		
特記事項			

注1 食事代、入院費は、助成の対象となりません。

注2 診療日の翌日から1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、数回に分けて証明してください。

注3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。